

Médicos generales y médicos familiares; una nueva relación, 1a. parte

Dr. J.P. Horder
Médico General
Londres

En la actualidad, muchos médicos generales piensan y sienten que la futura relación entre ellos y los médicos especialistas será de tal modo, que ambos tendrán funciones complementarias y diferentes, pero al mismo nivel. Esto contrasta con el pasado en que se consideraba esta relación, en algunos aspectos, como de un nivel superior a otro inferior, con funciones que, con frecuencia, eran las mismas. No hay duda en cuanto a que la relación directa entre ambos es adecuada: médicos generales y especialistas son con frecuencia amigos y, cuando se encuentran en la consulta, la relación es excelente.

El punto interesante es la manera como cada grupo considera al otro. En este contexto, a los practicantes de la medicina general se les define como médicos generales, y los especialistas son aquéllos que siguen un curso de posgrado en un hospital, especialmente los que se dedican a una especialidad, muchos de los cuales actúan como especialistas, y unos pocos son verdaderamente médicos generales. Aunque la relación entre médicos generales y especialistas está cambiando, muchas de sus antiguas actitudes todavía los motivan en la actualidad. Esto puede replantearse examinando la relación que existía hace 25 años.

¿Cómo veían los médicos generales a los especialistas?

La medicina general atravesó una crisis importante en Inglaterra, en 1950; en aquel

tiempo, ésta pareció provocada por el surgimiento del NHS (Servicio Nacional de Salud). Pero, en realidad, tuvo causas más profundas, ya que problemas semejantes se tuvieron en muchos otros países con diferentes sistemas de atención médica. Sin embargo, se culpó al NHS de esta situación, en opinión de muchos médicos generales, quienes temían ser abrumados por la afluencia de pacientes a su consultorio, y porque sentían haber perdido ingresos económicos por el desarrollo de un mayor trabajo. En muchos casos, habían perdido el trabajo hospitalario que estuvieron realizando a lo largo de su carrera; veían a sus colegas especialistas con mejores salarios y recursos. Los pacientes pedían ser atendidos por especialistas, pues los consideraban mejores médicos y con tecnología que no estaba al alcance de los médicos generales.

El reclutamiento para la práctica de la medicina general comenzó a decaer. La primera elección de la gran mayoría de estudiantes de medicina era por una especialidad. Lord Moran (1960) señaló que la medicina general ocupaba un lugar inferior en relación con la especialidad. Esto hizo que se iniciara en los médicos generales una envidia por sus colegas especialistas que tenían mayor éxito, y que se menospreciaran por las circunstancias inferiores en el trabajo que habían sido forzadas a realizar, y por el cual no habían recibido ninguna preparación especial. Aun peor, este trabajo parecería no merecer ningún adiestramiento especial.

¿Cómo veían los especialistas a los médicos generales?

Los especialistas pensaban que los problemas que los pacientes presentaban a los médicos generales eran muy simples, y que, de ellos, una gran proporción era de tipo psicológico o social. Un médico general era

considerado como un trabajador social; excepto en que tenía ciertos conocimientos médicos, muchos de los cuales ni utilizaban: su principal tarea diagnóstica era distinguir los problemas médicos simples de los graves, que después se enviaban a los especialistas. Para el especialista, la medicina general consistía nada más en aplicar el sentido común; el médico general era un hombre muy ocupado; y que, aunque se lo propusiera, pocas veces tenía tiempo de escuchar a sus pacientes, examinarlos, hacerles pruebas o hablar con ellos. No podría aspirar a ser preciso y científico como el especialista.

Así las cosas, los médicos con menos aptitudes debían ser médicos generales, lo cual era más adecuado para personas con pocas cualidades, que no requerían de una enseñanza especial, ya que el sentido común no podía enseñarse. Pensaban que si un médico general se encontraba descontento con su papel, podía realizar un poco de práctica médica en un hospital como asistente clínico, o en raras ocasiones, aspirar a ser especialista aprobando un examen de especialidad.

En vista de todo esto, naturalmente se podía concluir que:

1. Los pacientes realmente preferían ser tratados en un hospital.
2. No era de importancia si la medicina general o atención primaria era de bajo nivel, ya que había la seguridad de la atención hospitalaria o secundaria. No se hacía gran daño si se transfería a un paciente del primero al segundo nivel.
3. No era importante para el hospital preocuparse por la calidad de la atención primaria de su jurisdicción; y era aún menos para un hospital de enseñanza regional tomar en cuenta este problema.

Todos estos eran los puntos de vista pre-

dominantes hace 25 años. Yo también los tenía cuando trabajé en un hospital. Desafío a cualquier lector a afirmar que él nunca pensó de igual manera sobre ellos. Esos puntos de vista constituían el meollo de la antigua relación; pero, ahora, forman una fuente de resentimiento hacia los médicos generales, y una influencia destructiva sobre el sistema de atención médica, que se está desarrollando en Inglaterra; también están fuera de contacto con la realidad. Esto es más evidente si se observa el trabajo clínico en la práctica general.

El trabajo clínico en la práctica general

Empezaré por presentar a uno de mis pacientes, una viuda, ahora de 69 años, una dama bien conservada y locuaz, que hace sentir su presencia de inmediato en mi sala de espera. Viene en un carro de alquiler, que la espera. Tiene los siguientes padecimientos ya comprobados: diabetes mellitus; mixedema; gota; osteoartritis; fibrilación auricular, con riesgo de embolia pulmonar, por lo que toma anticoagulantes desde hace 9 años, cuando se extirpó con éxito un carcinoma del cuerpo del útero; diverticulitis, que hace dos años la condujo a una obstrucción intestinal de consecuencias casi mortales, después de una enfermedad de cuatro meses tratada en su hogar; y una hipertensión benigna: un total de 9 padecimientos, 6 de los cuales están bajo tratamiento constante. Yo respiro profundamente cuando veo su nombre en la lista, o sus ojos escrutadores en la sala de espera. Como siempre llega tarde, pienso en su carro de alquiler; pero no he mencionado lo que para mí es su problema más importante: está sola. Perdió a su esposo en la guerra, era comandante de un barco. A lo largo de 25 años, la he visto perder sucesivamente a su padre, su único hermano, su amigo íntimo, y a dos de sus mascotas favoritas. Sólo tie-

ne un amigo que debe mucho. En otras palabras, está afligida, y con frecuencia deprimida. No obstante, quizás el problema más difícil es cómo resolver todo esto cuando sólo dispongo usualmente de 15 minutos. Lo importante no es pensar simultáneamente en sus 9 padecimientos, sino el hecho de que ella plantea el problema número dos antes de yo haya resuelto el número uno, de manera que me irrita. Al mismo tiempo ella me consulta sobre su amigo alcohólico, y me pregunta cómo están mi esposa e hijos. Después de 25 años, todavía no he dominado el arte de convencerla de que ya debe salir del consultorio. Este caso no es excepcional, es meramente un ejemplo extremo.

Los últimos cinco pacientes atendidos consecutivamente en una tarde reciente fueron:

1. Una anciana con un esguince en el tobillo, evolucionando mal de una trombosis venosa profunda, que visita a domicilio un cirujano ortopédico. Ella utiliza cualquiera de sus males para controlar a sus hijos de mediana edad.

2. Una mujer soltera de 30 años, con una depresión de 8 años de evolución y resistencia a toda forma de tratamiento. No trabaja; y recibe ayuda mía y de nuestra trabajadora social.

3. Un trabajador social experimentado, anciano, que se dio cuenta que trabajando arduamente aliviaba su tendencia a la depresión, la cual era parcialmente constitucional y parcialmente conyugal.

4. Un polaco de 60 años, con enfermedad coronaria, cálculos en vesícula biliar, diabetes, y un dolor abdominal del lado izquierdo no diagnosticable. Visto dos veces por semana, por lo menos en los últimos 7 años. Su conversación en casi ininteligible.

5. Una dama irlandesa con siete hijos, que nunca está bien. Sufre de diarrea post-vagotomía, después de años de dolor. Tiene dolores muy intensos en la región inferior de la espalda.

Con excepción del trabajador social re-

cién llegado al vecindario, he visto a estos pacientes por un tiempo que fluctúa entre 7 y 20 años. La mayor parte de mi práctica consiste en gentes como ellos, con problemas que son en parte físicos, en parte psicológicos, y en parte sociales; no son simples ni triviales, intrascendentes ni evidentes. No puedo derivarlos a un especialista y deshacerme de ellos; sus problemas son complejos y crónicos. Muchos de ellos han sido atendidos por especialistas al mismo tiempo; pero ellos sólo demostraron ser más capaces que yo en solucionar sus problemas en uno de cada tres casos. No prefieren ser tratados en un hospital, son personas inteligentes y están agradecidas de saber que ahí están el especialista y el hospital cuando no puedo solucionar sus problemas.

Prefieren que los trate un médico general, debido a que está más cerca y es más accesible en el momento crucial; pueden hablarle a una persona conocida y pasar de un problema a otro sin cambiar de médico; entienden más fácilmente lo que se les dice, y asimismo lo ven menos complicado y alarmante.

Trabajar con ellos es agobiante. Requieren un modelo de rápida aplicación para el diagnóstico. A todos, hay que dedicarles tiempo, ya sea para recabar información, examinarlos, escucharlos o responderles. Con una sola excepción, todos ellos imponen una tensión emocional. Puedo atender en 5 minutos al paciente polaco, pero esto no es posible con ninguno de los otros.

Por supuesto, el médico general selecciona inconscientemente a sus pacientes a lo largo del tiempo que tiene en práctica médica. No puedo asegurar que 100 pacientes atendidos por mí se asemejan a 100 vistos por otros médicos generales. Ni siquiera puedo afirmar que otro médico general siempre verá el mismo problema en el mismo paciente. No obstante, no pienso que las diferencias entre los casos que he esbozado y la imagen tradicional —un minuto de consulta, una corta conversación, un certificado y un frasco de medicamento— sea un mero artefacto de mi imaginación.

Por supuesto, los problemas psicosociales son comunes e importantes en la práctica general. Existe una larga tradición en toda nuestra profesión de que son menos importantes que las físicas.

Todavía existe el peligro para un paciente cuya enfermedad depresiva se manifiesta por dolor abdominal y constipación, de que se le refiera a un Servicio de Consulta Externa, especialmente si cae en manos de un médico con poca experiencia, o de aquéllos que dicen “yo práctico la medicina clínica, ya hemos escuchado demasiado de éstas simplezas psicológicas”. Los riesgos van desde un futuro hipocondríaco hasta una laparotomía innecesaria. Este es un ejemplo de las desventajas que se presentan al transferir pacientes de la atención primaria a la secundaria.

El papel del médico general

La siguiente descripción corresponde a un trabajo (Leewenhurst Working Party, 1977) producido en 1974 con la participación de 12 países europeos, pero principalmente de Inglaterra y aceptado por el Real Colegio de Médicos Generales como política establecida. Constituye un resumen del trabajo clínico en medicina general.

“El médico general es un médico recibido, con título, que proporciona atención continua personal y de nivel primario a individuos, familias y a la comunidad, sin importar su edad, sexo, o padecimiento. Es la síntesis de estas funciones lo que le distingue. Atenderá a sus pacientes en su consultorio, en sus hogares y, en ocasiones, en una clínica o un hospital. Su objetivo es establecer un diagnóstico temprano. Incluirá e integrará factores sociales, psicológicos y físicos para valorar la salud y la enfermedad. Esto se hará patente en el cuidado de sus pacientes. Llegará a una decisión inicial sobre cada problema que se le presente con enfermedades crónicas, recurrentes o terminales. La relación prolongada significa que tiene muchas oportunidades para obtener información a medida que va conociendo cada paciente, y establecer una

relación de confianza que puede utilizar profesionalmente. Puede trabajar en cooperación con otros colegas y con personal paramédico. Sabrá cómo y cuándo intervenir en el tratamiento, prevención y educación para promover la salud de sus pacientes y familia. Reconoce que también tiene una responsabilidad profesional con la comunidad”.

La tarea técnica es, por lo tanto, el diagnóstico precoz, la prevención cuando es posible, y por último una gran variedad de respuestas. Sus cualidades fundamentales son la accesibilidad y la continuidad. Sir Theodore Fox (1962) tenía razón cuando afirmó que la continuidad era el prerrequisito más importante para la atención personal. Afirmer que la continuidad también es una de las pocas cosas que distingue al practicante general de todos los demás médicos, no es negar toda la posibilidad de atención personal por los especialistas, pero confirma el hecho evidente que es más difícil para el especialista la relación personal, del mismo modo que es más difícil para el médico general ser técnico.

La única cualidad distintiva para el médico general en el trabajo clínico es la amplitud de su enfoque. El no puede decir: “Esto no es mi trabajo.” Tiene que aceptar el problema, aun si tiene que solicitar ayuda para tratar de resolverlo. En la década 1950-1960 esta cualidad se consideraba como imposible y aún indeseable. Todavía en la actualidad, debe ser muy difícil para cualquiera que se especializa creer que el médico general tiene un papel válido que puede llevar correctamente a cabo. El especialista encuentra bastante difícil mantenerse al día con su propia literatura y técnicas nuevas. ¿Cómo es posible que alguien, cuyo campo abarca la mayor parte de las especialidades realice un buen trabajo y se conserve actualizado? La clave para los médicos generales reside en el hecho de que las enfermedades comunes se presentan frecuentemente, lo que les permite adquirir experiencia; que ha habido un cambio en la morbilidad, disminuyendo las enfermedades

Medicina General (continuará)

agudad y aumentando las enfermedades recurrentes y crónicas, que rara vez requieren hospitalización; también muchos pacientes tienen múltiples problemas que cruzan los límites de diferentes especialidades, especialmente entre la medicina general y la psiquiatría; que el médico general está dispuesto a reconocer los límites de su propia competencia —sólo existe en la actualidad porque el especialista también está presente. Sobre todo, lo fundamental es el hecho evidente de que las personas son unidades completas, que se alteran como un todo, y

que no aceptan de buena manera ser divididas en órganos y sistemas. Tal como uno de mis pacientes señaló, “no es que alguna de mis partes esté mal, doctor, sino lo que las mantiene unidas en un todo”. Además, como Lord Snow (1967) destacó, el médico general tiene una función de consejero, y es uno de los pocos elementos estables en una sociedad fragmentada y cambiante. Es un hecho bien observado que en países donde no existe el médico general, alguien tiene que representar su papel.

(continuará en el próximo número)

El mes próximo, continuaremos la publicación de la mesa redonda sobre padecimientos funcionales de aparato digestivo.

En esta segunda y última parte, hallarán nuestros lectores detalles sobre el diagnóstico de los principales de estos padecimientos y consideraciones globales sobre su tratamiento.

No es posible llevar a cabo un tratamiento integral de estos padecimientos si no se tienen en mente los aspectos emocionales que los favorecen y prolongan.

Ahí es donde el médico general y el gastroenterólogo necesitan especial paciencia y preparación adecuada para poder llevar a cabo psicoterapia de apoyo, esencial para que el paciente acepte su padecimiento, y con frecuencia mejore.

Una buena relación médico paciente es básica en toda consulta y en la atención de todos los padecimientos, pero tratándose de los funcionales, constituye el eje del manejo del paciente.